ADDITIONS COMPLÉMENTAIRES

A L'EXPOSÉ

46

DES TITRES SCIENTIFIQUES

ET DES TRAVAUX

DE

PATHOLOGIE MÉDICALE

QUI A ÉTÉ ADRESSÉ EN 1867
A L'APPUI DE SA PREMIÈRE CANDIDATURE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(SECTION DE PATHOLOGIE MÉDICALE)

PAR LE DOCTEUR **E.-J. WOILLEZ**
MÉDECIN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
31, rue Monsieur-le-Prince, 31

1872

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

CANDIDATURE DU Dr WOILLEZ

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SECTION DE PATHOLOGIE MÉDICALE)

L'exposé de mes titres scientifiques et de mes travaux de pathologie médicale que j'eus l'honneur d'adresser à l'Académie de médecine à l'appui de ma première candidature, en 1867, est devenu insuffisant aujourd'hui.

Aux *onze* ouvrages en publication qui concernent la SÉMÉIOLOGIE, et notamment l'*inspection*, la *percussion*, l'*auscultation* et la *mensuration* de la poitrine, aux *vingt-cinq* travaux originaux sur la PATHOLOGIE MÉDICALE, et dont plusieurs forment des volumes, je dois ajouter, sous les nos 37, 38 et 39, les travaux suivants, qui ont été publiés depuis.

37. Des abcès du poumon dans la pneumonie.

(Leçon clinique faite en 1868 à l'hôpital Necker, et publiée par G. Bouchard dans la *Gazette des hôpitaux*, les 4 et 11 août de la même année).

Mes recherches à ce sujet viennent confirmer la possibilité du diagnostic de ces abcès, énoncée par Trousseau, et établir les conditions pathologiques dans lesquelles cette complication rare de la pneumonie peut avoir lieu.

38. Dictionnaire de diagnostic médical. *Seconde édition,* présentant l'exposé des travaux les plus récents.

(Un volume grand in-8o de plus de 1100 pages, avec 310 figures intercalées dans le texte; 1870).

Cet ouvrage, qui me semble combler une lacune importante dans l'étude pratique du diagnostic, a été l'objet d'un remaniement considé-

rable. Je me suis appliqué, dans cette seconde édition, à le perfectionner en revoyant tous les articles, dont plusieurs ont été refaits. Tels sont les mots Alalie, Aphasie, Bactéries, Bériberi, Bouton d'Alep, Dégénérescence lardacée, Endocardite ulcéreuse, Endoscope, Herpétides, Laryngoscopie, Lèpre des Grecs, Mélanémie, Paralysies, Rétinite, Sclérose, Thermométrie, etc.

Beaucoup d'autres articles ont été entièrement refaits; comme Albumine, Arthritis, Chromhydrose, Embolies, Empoisonnements, Glycose, Hémorrhagies, Ophthalmoscopie, Pharyngites, Pigment, Pyémie, Pouls, Sang, Tubercules, Urines, etc.

Dans ces différentes modifications, j'ai tenu compte des progrès scientifiques qui ont influé, dans les dernières années, sur la médecine pratique, en modifiant l'interprétation ancienne de certains faits cliniques et de certaines lésions, au point de vue de la pathogénie.

39. Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires.

(1 vol. grand in-8° de 700 pages, accompagné de 93 figures sur bois et de 8 planches, dessinées d'après nature et lithographiées par l'auteur; 1872).

Cet ouvrage récent est le fruit de quinze années de recherches dans les hôpitaux de Paris. Il comprend deux divisions principales, précédées d'une Introduction.

Dans l'Introduction, j'établis que les recherches historiques et expérimentales modernes ne sauraient, malgré leur importance, servir de base à une nosologie nouvelle des maladies aiguës des organes respiratoires, et que les anciennes distinctions qui découlent des études anatomo-pathologiques du commencement de ce siècle en France, doivent être adoptées, mais à la condition d'être complétées par l'adjonction de la congestion ou hyperémie pulmonaire, qui doit prendre place à côté de la bronchite, de la pneumonie, et de la pleurésie aiguës.

Dans la Première partie, consacrée aux maladies aiguës spontanées des organes respiratoires, j'ai exposé successivement :

1° L'étude clinique de l'*hyperémie pulmonaire simple*, et de celle qui s'observe dans les autres maladies en général;

2° La *bronchite;*

3° La *pneumonie;*

4° La *pleurésie;*

5° Enfin, j'ai réuni sous la dénomination de *maladies mixtes* ou *hybrides*, toutes celles qui, ne se rapportant pas exactement à l'un des types précédents (hyperémie, bronchite, pneumonie, pleurésie), empruntent leurs caractères et leurs lésions à plusieurs d'entre elles, tout en conservant une physionomie propre qui doit les faire décrire à part. Ce sont :

A. Les *hémo-bronchites;* B. les *hémo-pneumonies;* C. les *broncho-pneumonies*; D. les *pneumo-pleurésies.*

CHAP. I. — Congestion pulmonaire simple. — Parmi les faits nouveaux consignés dans cet ouvrage, je place en première ligne cette description de la congestion pulmonaire simple, qui s'est révélée à moi dans le cours de mes recherches sur l'emploi de la mensuration de la poitrine.

Cette maladie est nettement accusée par son invasion subite, ses signes fonctionnels et physiques spéciaux, le tout disparaissant du jour au lendemain par un traitement approprié, quelle que soit la gravité apparente des accidents observés.

Ces particularités, caractérisent bien une maladie aiguë, ayant sa personnalité propre, pour ainsi dire, et devant prendre rang comme maladie typique à côté de la bronchite, de la pneumonie et de la pleurésie; il est d'autant plus important d'en tenir compte, qu'on la retrouve avec beaucoup de ses caractères dans les autres maladies aiguës.

CHAP. II. — Bronchite. — Cette maladie est trop souvent confondue avec la simple hyperémie; et je démontre que leur distinction, si importante au point de vue pratique, est facile, si l'on tient compte des vrais caractères de ces deux maladies : la bronchite aiguë ayant pour caractères fondamentaux une fièvre plus persistante, des râles souscrépitants à la base des deux poumons en arrière, et l'expectoration de crachats muco-purulents.

J'établis que, dans la bronchite, la gravité du pronostic est bien moins liée à l'encombrement des bronches par les crachats et au gonflement

inflammatoire de ces conduits, qu'à l'hyperémie des poumons, qui aggrave surtout la dyspnée, jusqu'à la cyanose et l'asphyxie, en constituant une forme de la maladie appelée bronchite capillaire suffocante.

CHAP. III. — Pneumonie. — La pneumonie aiguë franche a une première période dite *d'engouement*, que je démontre n'être qu'une période d'hyperémie, avec des caractères parfaitement reconnaissables.

Le rôle que joue l'hyperémie pulmonaire comme phénomène concomitant de la pneumonie était inconnu. J'ai trouvé cette hyperémie constante, reconnaissable à ses signes physiques, non-seulement au niveau des points du poumon hépatisé qui sont exempts d'hépatisation, mais encore dans le poumon du côté opposé. Les signes de cette hyperémie disparaissent avec l'hépatisation elle-même.

Comme dans la bronchite, la gravité des symptômes qui se remarque ici quelquefois, même quand la pneumonie est limitée, dépend de la congestion pulmonaire concomitante, qui diminue le champ de l'hématose.

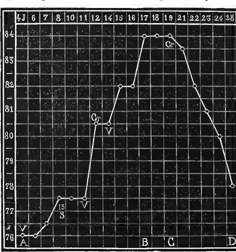
Ces données pratiques, qui découlent de la connaissance précise de l'hyperémie pulmonaire, me paraissent jeter un jour nouveau sur les signes, l'évolution et le traitement de la pneumonie.

CHAP. IV. — Pleurésie. — Dans ce quatrième chapitre, je traite de la pleurésie. Cette étude est une monographie clinique plus complète que toutes celles publiées jusqu'ici. Je ne rappellerai pas toutes les particularités qui y sont décrites pour la première fois à propos des signes physiques, du diagnostic, des formes de la maladie. Je veux seulement mettre en relief les services que rend au praticien la mensuration de la poitrine, soit pour faire exactement suivre l'évolution croissante, stationnaire ou décroissante de la pleurésie, soit pour se prononcer sur le pronostic, et pour formuler le traitement médical ou chirurgical.

Il ressort de l'étude des faits de pleurésie avec épanchement que ceux dans lesquels la percussion et l'auscultation révèlent exactement la marche croissante ou décroissante de la maladie sont très-rares. On ne niera pas qu'il en soit ainsi au moins quand l'épanchement est généralisé d'un côté du thorax. Il est impossible alors de s'assurer, à l'aide de ces deux précieux moyens d'exploration, si l'épanchement augmente ou diminue. Or, la

mensuration, d'une valeur médiocre pour le diagnostic, est précieuse pour faire suivre la marche de la pleurésie.

Pour mes recherches, j'ai pratiqué la mensuration avec un *cyrtomètre* de mon invention, donnant à la fois le périmètre thoracique, ses diamètres, et des tracés du pourtour du thorax. Dans ma pratique, au lit des malades, je me sers maintenant d'un simple ruban gradué, qui me fournit le périmètre circulaire général du thorax à différents jours de la pleurésie.



Tracé de mensuration d'une pleurésie gauche.

AB, ligne ascendante du progrès de l'épanchement, du 4e au 17e jour ; — BC, période d'état de deux jours ; — CD, ligne de descente ou de résolution du 19e au 28e jour. — VVV, *Ventouses*, — 15 S, *sangsues*, — Cr, *julep avec huile de croton.*

Ces périmètres différents sont indiqués sur des tableaux quadrillés de mensuration, analogues à celui-ci, et que j'ai reproduits en grand

nombre dans mon livre. Je les ai imaginés pour faire suivre avec une grande facilité la marche de la pleurésie, jour par jour si on le désire. J'appelle l'attention sur leur importance; ils constituent un des points que je puis dire intéressants de mon travail, ils montrent, par la direction du tracé : les progrès (*ligne ascendante*), l'état stationnaire (*ligne à direction horizontale*), et la résolution (*ligne descendante*) de l'épanchement pleurétique. Ces tableaux, comme le montre la figure précédente, parlent aux yeux; leur tracé est d'ailleurs d'une facilité extrême.

Grâce à l'emploi de la mensuration ainsi utilisée, j'ai pu démontrer :

1° Qu'il n'y a plus de pleurésie à marche latente;

2° Que le pronostic défavorable est subordonné à la marche croissante insolite de l'épanchement, et le pronostic favorable à la marche décroissante de cet épanchement révélée par la mensuration;

3° Que l'épanchement pleurétique a une marche croissante naturelle jusqu'au 20e ou 25e jour au plus et que, s'il croît passé ce terme, il fait des progrès insolites qui nécessitent l'intervention chirurgicale;

4° Que ces données de la mensuration fournissent les indications les plus sûres pour pratiquer en particulier la thoracentèse, non celle de *nécessité* qui s'impose d'elle-même, mais la thoracentèse d'*opportunité* qui est adoptée dans la pratique.

En se guidant ainsi d'après les résultats de la mensuration, on ne s'expose plus à faire des thoracentèses inutiles ou hâtives, ou bien à ne pas opérer quand c'est opportun.

CHAP. V. Maladies aigues mixtes ou hybrides. — J'ai rangé dans cette dernière division (celle des maladies aiguës spontanées) les affections qui n'offrent pas, comme l'hyperémie simple, la bronchite, la pneumonie franche, la pleurésie, un ensemble tranché de phénomènes ou de caractères qui en font de véritables types morbides. Elles se rattachent à l'un ou à l'autre de ces types; et si l'on ne connaissait pas l'hyperémie, on serait privé d'une des principales données qui peuvent éclairer les questions

obscures que présente l'étude de ces maladies hybrides. Ce qui le démontre, c'est la confusion dans laquelle on s'est trouvé en adoptant des pneumonies catarrhales fausses, bâtardes, et des bronchites si variées, que Laënnec lui-même trouvait leur description extrêmement difficile.

L'étude faite de l'hyperémie me paraît aider beaucoup à la compréhension de ces faits complexes. Elle a montré :

1° Qu'il y a des congestions pulmonaires légères ou graves, dans lesquelles il existe une congestion prédominante et une bronchite qui n'est qu'accessoire.

De là, les *hémo-bronchites bénignes* et les *hémo-bronchites graves*, qui comprennent le catarrhe pulmonaire suffocant (lorsqu'il n'est pas une simple hyperémie), dans lequel la congestion pulmonaire exagérée est la lésion fondamentale.

2° Qu'il y a, en second lieu, des hyperémies dans lesquelles la congestion est à peu près tout encore, et la pneumonie simplement révélée, soit par de simples crachats caractéristiques, soit en même temps par des signes stéthoscopiques (souffle, râle crépitant) très-circonscrits, l'ensemble des phénomènes caractérisant plutôt la congestion que la pneumonie.

3° Qu'il y a des *broncho-pneumonies* légères, avec bronchite dominante et pneumonie très-bénigne ; tandis que, dans d'autres, ces deux éléments sont intimement confondus en apparence. La concomitance constante de la congestion pulmonaire rend cette confusion encore plus complète.

4° Enfin, j'ai fait une division à part des *pneumo-pleurésies,* qui sont différentes de ce que l'on a décrit souvent sous la dénomination de *pleuro-pneumonies*. Dans les pleuro-pneumonies, en effet, il y a concomitance des deux affections pleurésie et pneumonie ; tandis que, dans les pneumo-pleurésies, il y a d'abord une pneumonie, puis une pleurésie qui se développe graduellement après la résolution de la pneumonie, et qui est par cela même fort insidieuse. Ces pneumo-pleurésies sont cependant d'autant plus utiles à bien connaître, que l'épanchement est alors presque

toujours purulent, et menace par conséquent la vie des malades si le pus n'a pas une issue continue au dehors.

On voit que ce qui caractérise l'ensemble des maladies aiguës spontanées des organes respiratoires, c'est d'abord : l'enchaînement possible de leurs expressions diverses, qui peuvent rester isolées, typiques, ou se combiner entre elles; et ensuite la netteté de leurs caractères, lorsqu'on fait prendre à l'hyperémie le rang important qui lui convient.

Dans la Seconde partie, consacrée aux maladies aiguës accidentelles, il me reste à signaler en quelques mots les particularités pratiques et scientifiques nouvelles qu'elle présente.

Je montre, dans le premier chapitre, que la *congestion pulmonaire* constitue une complication aiguë de l'emphysème pulmonaire au même titre que la *bronchite aiguë*, avec laquelle elle était précédemment confondue.

L'*apoplexie du poumon*, les *obstructions de l'artère pulmonaire*, les *infarctus du poumon*, sa *gangrène*, les *corps étrangers dans les bronches*, et les *perforations pulmonaires*, forment autant de chapitres qui contiennent aussi des particularités nouvelles.

WOILLEZ.

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.